DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZKIEJ RADY NARODOWEJ W PŁOCKU

Poz. 31—32 Płock, dnia 30 listopada 1978 r. Nr 6

TREŚĆ

Poz. 31

UCHWAŁA Nr XVI/56/78

WOJEWÓDZKIEJ RADY NARODOWEJ W PŁOCKU

z dnia 26 października 1978 r.

w sprawie przyjęcia programu rozwoju ochrony zdrowia i opieki społecznej województwa płockiego do roku 1990.

Na podstawie art. 4 ust. 1 i art. 20 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 stycznia 1958 r. o radach narodowych (Dz.U. z 1975 r. Nr 26, poz. 139) Wojewódzka Rada Narodowa w Płocku uchwala, co następuje:

§ 1

Uchwala się przedłożony przez Wojewodę Płockiego „Program rozwoju ochrony zdrowia i opieki społecznej województwa płockiego do roku 1990", zwany dalej „Programem", stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2

Zobowiązuje się Wojewodę Płockiego do:

1) podjęcia działań zmierzających do pełnej realizacji Programu, a w szczególności wszechstronnego rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, celem polepszenia jakości, kultury świadczeń, dostępności, kompleksowości, i ciągłości opieki zdrowotnej,
2) stopniowego zwiększania kadry fachowej i lepszego wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną, pozwalającą na rozszerzenie zakresu świadczonych usług specjalistycznych i podstawowych,
3) rozwijania szerokiej działalności profilaktycznej oraz opieki nad matką i dzieckiem,
4) poprawy stanu zdrowia załóg robotniczych i podejmowania konkretnych działań organizacyjnych, profilaktycznych i terapeutycznych oraz działań zmierzających do zmniejszenia absencji chorobowej w zakładach pracy,
5) systematycznej poprawy sytuacji epidemiologicznej i stanu sanitarnego województwa,
6) zapewnienia ścisłej realizacji planowej rozbudowy bazy materialnej służby zdrowia, warunkującej wykonanie założeń programu rozwoju ochrony zdrowia i opieki społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem budowy nowych szpitali, modernizacji starych obiektów służby zdrowia i opieki społecznej, pozwalającej na wyrównywanie niedoboru łóżek szpitalnych w niektórych specjalnościach i zwiększenia ilości miejsc dla domów pomocy społecznej.

§ 3

Zobowiązuje się Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej do okresowej oceny realizacji Programu.

§ 4

Zobowiązuje się Komisję Zdrowia, Spraw Socjalnych i Ochrony Środowiska do okresowej kontroli realizacji przyjętego Programu.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Wojewódzkiej Rady Narodowej.

PRZEWODNICZĄCY
WOJEWÓDZKIEJ RADY NARODOWEJ
Kazimierz Janiak

Załącznik do uchwały Nr XVI/56/78 WRN
z dnia 26 października 1978 r.

PROGRAM

ROZWOJU OCHRONY ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ WOJEWÓDZTWA PŁOCKIEGO do roku 1990

WSTĘP

Program rozwoju opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w województwie opracowano na podstawie:

— prognoz rozwoju demograficznego i założeń rozwoju społeczno-gospodarczego,
— szacunków rozwoju stanu zdrowotnego i potrzeb zdrowotnych,
— możliwości wykorzystania posiadanej bazy i zasobów kadrowych,
— założeń rządowego programu rozwoju ochrony zdrowia i opieki społecznej,
— programu zapobiegania i zwalczania chorób układu krążenia,

W efekcie realizacji niniejszego programu zakłada się osiągnięcie następujących głównych celów:

— zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej,
— podnoszenie poziomu świadczeń i kultury pracy,
— zwiększenie skuteczności profilaktyki w zakładach pracy i na wsi,
— polepszenie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, kobietami, załogami robotniczymi,
— kontynuację wysiłków na rzecz zapobiegania i zwalczania chorób, szczególnie o znaczeniu społecznym (chorób układu krążenia, psychicznych, nerwowych, nowotworowych),
— polepszenie opieki nad ludźmi w podeszłym wieku,
— dalszą stałą poprawę stanu sanitarnego i higieny województwa,

— liczebny wzrost kadr medycznych o wysokich kwalifikacjach zawodowych i etyczno-moralnych,
— rozwój bazy materialnej służby zdrowia i pomocy społecznej oraz właściwe i racjonalne jej wykorzystanie.

Program zawiera podstawowe kierunki działania i przewiduje możliwości dokonywania zmian, wynikających z aktualnych potrzeb zdrowotnych i społecznych bez naruszania ogólnie przyjętych koncepcji.

I. DANE CHARAKTERYZUJĄCE WOJEWÓDZTWO

1) Struktura ludności:

W roku 1976 w województwie zamieszkiwało 486.812 osób
z tego w miastach 194.797, co stanowi 40,01%,
na wsi 292.015, co stanowi 59,99%.
Myżczyzn było 240.789, co stanowi 49,46%,
Kobiet 246.023, co stanowi 50,54%.

W oparciu o prognozy rozwoju biologicznego ludności przewiduje się, że w roku 1990 liczba mieszkańców w województwie płockim wyniesie około 510 tysięcy, z tego w miastach będzie zamieszkiwać około 260 tys.osób, na wsi natomiast około 250 tys. osób.

Ludność ogółem w %	Miasto	Wieś
wiek przedprodukcyjny 0 — 17 lat	26,3%	33,8%
wiek produkcyjny 29,6% 58,4% m — 18 do 65 lat k — 18 do 60 lat	62,8%	52,9%
wiek poprodukcyjny 12,0%	10,9%	13,3%

Struktura ta określa także kierunki i zakres działania zdrowotnego w województwie.

2) Specyfika województwa

Obszar województwa wynosi 5,1 tys. km², co stanowi 1,2% powierzchni kraju. Głównym miastem stanowiącym centrum gospodarki usługowej i społecznej, a zarazem będącym siedzibą władz wojewódzkich jest miasto Płock, liczące ponad 90 tys. mieszkańców. Drugim co do wielkości i znaczenia jest miasto Kutno liczące 33 tys. mieszkańców. Do mniejszych miast należą: Łęczyca, Sierpc, Gostynin liczące od 13 do 15 tys. mieszkańców oraz Żychlin liczący 8,5 tys. mieszkańców.

Pozostałe małe miasteczka liczące 2,7 — 4 tys. mieszkańców są jednocześnie siedzibami gmin. Województwo płockie posiada stosunkowo rozwinięty przemysł, w którym zatrudnionych jest łącznie ponad 48 tys. osób.

Obok przemysłu intensywnie rozwija się w województwie rolnictwo.

W gospodarce uspołecznionej województwa na dzień 31.XII.1975 r. zatrudnionych było 137.667 osób, w tym: 81.422 mężczyzn i 56.245 kobiet.

II. OBECNY STAN ZDROWOTNY LUDNOŚCI I PROGNOZY DO R. 1990

Stan zdrowotny ludności województwa nie odbiega od przeciętnego stanu zdrowotnego ludności kraju. Ma niewielkie odchylenia na plus i na minus w niektórych grupach schorzeń. Podstawowy wskaźnik z tego zakresu, wskaźnik ogólny zgonów, wynosi dla województwa 9,4 zgonu na 1 tys. ludności przy średnim wskaźniku krajowym 9,1 zgonów.

Wskaźnik śmiertelności niemowląt wyniósł w roku 1976 — 23,4, w 1977 r. — 26,4 zgonów na 1 tys. żywo urodzonych i był w r. 1976 niższy, a w roku 1977 — wyższy od krajowego wynoszącego 24,5 na 1 tys. żywo urodzonych. Wskaźnik ten ulega okresowym wachaniom spowodowanym szeregiem czynników, nie zawsze zależnych od działania służby zdrowia.

Wskaźnik zachorowalności na gruźlicę na 100 tys. mieszkańców wynosi dla województwa 73,1 przy wskaźniku krajowym 77,2.

Wskaźnik zachorowań na choroby weneryczne wynosi dla kiły 13,8 na 100 tys. ludności (krajowy 10,9), dla rzeżączki 81,0 (krajowy 112,05).

Wskaźniki zapadalności na choroby zakaźne na 100 tys. ludności przedstawiają się następująco:

dur brzuszny	0,21	krajowy	0,38
czerwonka	2,7	„	10,2
zapalenie wirusowe wątroby	240,4	„	220,5
krztusiec	1,6	„	3,1
odra	152,4	„	129,5

Zachorowalność na choroby nowotworowe, podobnie jak w całym kraju, ma tendencję zwyżkową, co przede wszystkim wiąże się ze zwiększoną wykrywalnością schorzeń (tworzą się nowe poradnie onkologiczne, bada się większe ilości ludności w tym kierunku, wprowadza się odpowiednie badania diagnostyczne). Nasila się ilość zachorowań na schorzenia układu nerwowego, psychicznego i krążenia. Jest więcej schorzeń reumatoidalnych i urazów — szczególnie odnoszonych poza pracą.

Opracowane bilanse zdrowia dzieci wskazują ogólnie na prawidłowy ich stan zdrowia. W grupach dyspanseryjnych przebadanych dzieci, zanotowano 16,1% osobników z odchyleniami (wskaźnik krajowy 18,1%) odchylenia te dotyczą głównie narządu wzroku — 4,3%, zaburzeń rozwoju fizycznego — 3,4%, zaburzeń narządu ruchu i statyki 2,9%.

Wskaźnik absencji chorobowej — określający w jakimś stopniu stan zdrowotny załóg pracowniczych — wynosi dla województwa 4,1 i jest niższy od krajowego wynoszącego 5,9.

W prognozach do roku 1990 bierze się pod uwagę nasilenie chorób związanych ze szkodliwościami współczesnej cywilizacji, jak: chorób układu krążenia, psychicznych, urazów, schorzeń nowotworowych, alergicznych, przemiany materii, wywołanych wibracją, grawitacją, hałasem, tworzeniem się pól magnetycznych, chemizacją życia.

W dalszym ciągu będzie zmniejszała się ilość zachorowań na choroby zakaźne, gruźlicę i na choroby weneryczne. Zmniejszy się śmiertelność niemowląt.

Konieczny będzie rozwój geriatrii, opieki społecznej i opieki nad ludźmi starymi oraz w wieku poprodukcyjnym. Zmniejszać się winna próchnica zębów, w następstwie rozszerzania opieki stomatologicznej nad większą ilością osób i dalszego intensywnego prowadzenia profilaktyki fluorowej. Podobnie dzięki profilaktyce ortodontycznej zmniejszeniu winny ulec wady zgryzu.

III. BAZA MATERIALNA

Dla osiągnięcia założonych w programie zamierzeń, a w szczególności: poprawy opieki zdrowotnej, podniesienia poziomu świadczeń i kultury pracy, zwiększenia skuteczności profilaktyki, zapobiegania i zwalczania chorób o znaczeniu społecznym, polepszenia opieki nad ludźmi w podeszłym wieku, zakłada się w oparciu o wyznaczone dla województwa płockiego docelowe wskaźniki na 10 tys. ludności z równoczesnym uwzględnieniem lokalnych potrzeb, następujący program w zakresie bazy warunkujący realizację planu rozwoju ochrony zdrowia i opieki społecznej.

1) W zakresie łóżek szpitalnych

Aktualnie stan łóżek szpitalnych ogólnych (bez psychiatrycznych) wynosi 2.561, co daje nam wskaźnik 52,6 na 10 tys. mieszkańców.

Dla osiągnięcia wyznaczonego dla województwa wskaźnika 61,0 w 1990 roku, należy osiągnąć 3.190 łóżek.

Nastąpi to poprzez budowę:

a) szpitala w Kutnie do 1980 roku o 610 łóżkach. Po przekazaniu nowego szpitala do eksploatacji jeden z pawilonów starego szpitala będzie można przeznaczyć na przychodnię rejonową, drugi na dom opieki społecznej o 100 łóżkach.

b) szpitala w Płocku o 610 łóżkach w latach 1980—85 ze stacją krwiodawstwa, stacją pogotowia ratunkowego, przychodnią. Po wybudowaniu tego szpitala, dotychczasowy obiekt szpitalny ZOZ Płock, przekazany zostanie na potrzeby pomocy społecznej z ilością 250 miejsc.

c) pawilonów gospodarczo-diagnostycznych dla szpitali ZOZ w Gostyninie i Sierpcu oraz dla szpitala psychiatrycznego w Gostyninie.

d) dwóch pawilonów o 110 łóżkach każdy — jeden dla Szpitala Wojewódzkiego — celem poprawy warunków pracy oddziału dermatologicznego i zorganizowania oddziału geriatrycznego, drugi dla szpitala ZOZ w Płocku — celem wyrównania niedoboru łóżek internistycznych.

e) pawilonu zakaźnego 55 łóżkowego w Łęczycy — obecny mieści się w pomieszczeniach adaptowanych, nie przystosowanych do leczenia szeregu chorób zakaźnych, co ogranicza znacznie jego możliwości hospitalizacyjne.

f) przebudowę urządzeń wodno-kanalizacyjnych i ciepłowniczych szpitala wojewódzkiego, szpitali w Gostyninie i Sierpcu oraz podjęcie prac konserwacyjno-modernizacyjnych szpitala wojewódzkiego i obecnego szpitala ZOZ Płock.

2) W zakresie miejsc w domach pomocy społecznej

Zwiększyć liczbę miejsc w domach pomocy społecznej poprzez:
— przekazanie na ten cel w Płocku 250 miejsc uzyskanych w dotychczasowym szpitalu ZOZ po wybudowaniu nowego szpitala dla tego zespołu,
— budowę nowego obiektu o 150 miejscach na terenie działania ZOZ Sierpc,
— adaptację budynków poszkolnych: w Woli Chruścińskiej na dom dla umysłowo upośledzonych kobiet o 60 miejscach, w Sleszynku na dom małego dziecka o 40 miejscach.

Uzyska się w ten sposób przyrost 460 miejsc przy dotychczasowym stanie 503 miejsc.

3) W zakresie miejsc dla rencistów

Zwiększyć ilość obecnych 120 miejsc dla rencistów o 100 przez przekazanie na ten cel jednego z budynków dotychczasowego szpitala w Kutnie po wybudowaniu nowego obiektu szpitalnego.

Wyszczególnienie	stan na koniec lat			
	1975	1980	1985	1990
Dom Pomocy Społecznej				
a) liczba zakładów	6	7	7	9
b) liczba miejsc	503	563	563	963
c) liczba miejsc na 10 tysięcy mieszkańców	10,5	11,2	10,8	18,5
Dom Rencistów				
a) liczba domów	2	2	3	3
b) liczba miejsc	120	120	220	220
c) liczba miejsc na 10 tysięcy mieszkańców	2,5	2,4	4,4	4,4
Dom Małego Dziecka				
a) liczba domów	—	—	1	1
b) liczba miejsc	—	—	40	40
c) liczba miejsc na 10 tysięcy mieszkańców	—	—	0,7	0,7

4) W zakresie żłobków

Wysokie uprzemysłowienie oraz szybki wzrost ilości ludności miejskiej zatrudnionej w przemyśle, narzuca konieczność budowy dalszych żłobków.

	1975	1980	1985	1990
liczba żłobków	7	12	15	19
liczba miejsc	420	875	1145	1505

celem osiągnięcia na koniec 1990 roku 1505 miejsc i wskaźnika 30 miejsc na 10 tys. mieszkańców.

5) W zakresie opieki zdrowotnej otwartej

W chwili obecnej istnieje 16 przychodni ogólnych rejonowych, 25 przychodni przemysłowych przyzakładowych, 3 przychodnie przemysłowe międzyzakładowe oraz 1 przychodnia akademicka, z tego na terenie wiejskim istnieją 4 przychodnie rejonowe oraz 58 ośrodków zdrowia, w tym 36 gminnych.

Przychodnie w mieście są ogólnie obiektami zadawalającymi, choć obecna ich ilość, z uwagi na postępujący szybki rozwój miast, jest niewystarczająca. Muszą więc powstać nowe przychodnie:

w Kutnie:
— ogólna w obiekcie adaptowanym o 30 gabinetach lekarskich, międzyzakładowa o 20 gabinetach;

w Płocku:
— trzy przychodnie: o 12 gabinetach lekarskich, o 20 gabinetach lekarskich, o 30 gabinetach lekarskich przy Szpitalu;

w Żychlinie:
— o 12 gabinetach lekarskich;

w Sierpcu:
— o 12 gabinetach lekarskich.

Łącznie adaptować i zbudować trzeba 7 przychodni o 126 gabinetach lekarskich.

Na wsi z istniejących 59 obiektów — 20 przypada na nowe ośrodki, 11 mieści się w budynkach adaptowanych, przekazanych dla potrzeb służby zdrowia, 28 ośrodków znajduje się w budynkach i pomieszczeniach wynajętych, z czego 18 nie nadaje się do dalszego użytku i musi być stopniowo wymieniane na nowe.

Programuje się więc budowę na wsi następujących obiektów:
— 1 przychodni rejonowej o 11 gabinetach lekarskich i apteki wolnostojącej w Wyszogrodzie,
— 8 gminnych ośrodków zdrowia z aptekami i mieszkaniami dla personelu,
— 6 miejskich ośrodków zdrowia także z mieszkaniami dla personelu,
— 1 apteki wolnostojącej w Drobinie,

zakładając również udział w czynach społecznych ludności w realizacji tych zamierzeń wspieranych funduszami NFOZ.

W miastach planuje się także budowę 6 aptek wolnostojących — 3 w Płocku, po jednej w Kutnie, Sierpcu i Gostyninie.

6) W zakresie obiektów działalności towarzyszącej

Planuje się budowę i adaptację obiektów z równoczesnym czynieniem starań o wprowadzenie do planu inwestycyjnego:
— nowej szkoły medycznej w Płocku o 610 miejscach wraz z bazą hotelową na 800 miejsc,
— bazy dla Wojewódzkiej Kolumny Transportu Sanitarnego w Płocku — z pomieszczeniami biurowymi, garażami, warsztatami, stacją diagnostyczną i paliw.
— pomieszczeń dla Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Płocku i terenowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w Płocku i Gostyninie.

Wymienione w programie zamierzenia inwestycyjne realizowane będą ze środków państwowych, NFOZ i innych. Koszt ich według cen obecnie obowiązujących wynosić będzie około 1.200.000.000,— zł. Średnio więc przerób roczny winien wynosić po około 100.000.000,— zł. Obecnie zadania inwestycyjne służby zdrowia realizuje się rocznie w wysokości około 60—70 mln zł.

IV. ROZWÓJ KADR MEDYCZNYCH

Zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej oraz stałe podnoszenie poziomu świadczonych usług wiąże się ściśle z ilościowym wzrostem kadry medycznej i pomocniczej. Wzrost liczby kadry medycznej winien się kształtować według następujących założeń:

Wyszczególnienie	1975		1980		1985		1990	
	liczba bezwzgl. stan na 31.XII	wskaźnik na 10 tys. ludności	liczba bezwzgl. stan na 31.XII	wskaźnik na 10 tys. ludności	liczba bezwzgl. stan na 31.XII	wskaźnik na 10 tys. ludności	liczba bezwzgl. stan na 31.XII	wskaźnik na 10 tys. ludności
Lekarze	560	11,6	810	16,0	910	17,6	1008	19,4
Lekarze stomat.	168	3,5	179	3,7	204	4,0	227	4,4
Farmaceuci	138	2,9	190	3,8	280	5,4	327	6,3
Piel. i położne	1647	34,2	2449	48,2	2800	54,6	3068	59
w tym:								
położne	169		205		240		260	
pielęgniarki	1478	30,8	2141		2660		2808	
Inny średni pers. medyczny	752	15,6	900	17,8	1100	21,3	1248	24

Zapotrzebowanie na kadrę zostało opracowane na podstawie wskaźników zatrudnienia podanych w piśmie Ministra Zdrowia i Opieki Społeczej z dnia 21 stycznia 1976 roku znak: SP-0-32-4/76 do Wojewody Płockiego. Biorąc pod uwagę przewidywaną liczbę mieszkańców województwa (510 tys. osób w roku 1990), możliwość naboru na studia oraz możliwości zatrudnienia i celową strukturę personelu służby zdrowia — współczynniki na 10 tys. mieszkańców będą się kształtowały następująco dla:

— lekarzy medycyny 19,4
— lekarzy stomatologów 4,4
— farmaceutów 6,3
— pielęgniarek i położnych 59
— innego średniego personelu med. 24

Odpowiednie współczynniki w programie krajowym wynosić mają w tym czasie dla:

— lekarzy medycyny 22,6
— lekarzy stomatologów 6,5
— farmaceutów 6,2
— pielęgniarek i położnych 59
— inny średni personel medyczny 24

Dopływ personelu medycznego z wyższym wykształceniem mają zapewnić Akademie Medyczne w oparciu o plan zatrudnienia absolwentów — sporządzony przez Resort Zdrowia i przewidujący zatrudnienie mniej więcej 40 absolwentów (lekarzy medycyny, stomatologów i farmaceutów) rocznie w naszym województwie. Uzupełniać te ilości mają absolwenci, z którymi zawarto umowy o stypendia fundowane w czasie studiów — mniej więcej po 10—20 rocznie oraz lekarze zatrudniani we własnym zakresie przez poszczególne zespoły i zakłady służby zdrowia.

W polityce kształcenia podyplomowego zwróci się szczególną uwagę na specjalizowanie lekarzy w dziedzinach najbardziej pożądanych dla województwa, jak: w pediatrii, internie, chirurgii, ginekologii, psychiatrii dziecięcej, anestezjologii i neurologii.

Obecnie wśród lekarzy województwa jest 200 specjalistów II°, 267 specjalistów I°, specjalizuje się na I° — 76, a na II° — 110 lekarzy. Do roku 1990 trzeba będzie wyszkolić przynajmniej dalszych 120 specjalistów obu stopni.

Potrzeby kadrowe w zakresie średniego personelu medycznego będą pokrywane absolwentami własnych szkół medycznych i szkół z województw sąsiednich, względnie współpracujących z nami w tym zakresie.

Wzrosnąć również musi kadra personelu pomocniczego, gospodarczego, technicznego i obsługi.

Zakłada się, że nastąpi wzrost dotychczasowego zatrudnienia mniej więcej o 50%. Wraz ze wzrostem liczby personelu działalności podstawowej, realizować się będzie poprawę rozmieszczenia terytorialnego kadr, między poszczególnymi zespołami opieki zdrowotnej, zwłaszcza o niższych wskaźnikach zatrudnienia. Zwiększoną kadrą obsadzi się nowowybudowane szpitale i oddziały szpitalne oraz uzupełni się personel domów opieki, stacji sanitarno-epidemiologicznych, aptek, przychodni i ośrodków zdrowia. W centrum uwagi będą zagadnienia kształtowania właściwych postaw zawodowo-etycznych pracowników i sprawy kształcenia ideowo-wychowawczego.

Pozyskanie potrzebnej ilości kadry fachowej nie będzie rzeczą łatwą i prostą. W kraju istnieje niedobór tej kadry, a jej rozmieszczenie nie jest najkorzystniejsze. Gromadzi się ona głównie w dużych miastach, posiadających ośrodki akademickie i instytuty naukowe, gdy z drugiej strony liczne województwa, przeważnie nowopowstałe, w tym i płockie, są zaliczane do deficytowych pod tym względem.

W chwili obecnej województwo nasze nie osiąga założeń planu przyrostu kadry lekarskiej. Z trudem wyrównuje ubytki naturalne w tym zakresie, spowodowane przejściem na emeryturę, zgonami, przeniesieniami służbowymi członków rodzin, możliwościami uzyskania awansu lub lepszych warunków pracy na innym terenie. Aby uzyskać potrzebny przyrost kadry medycznej trzeba ku temu stworzyć odpowiednie warunki płacowe, mieszkaniowe i bytowe, nawet konkurencyjne dla innych województw.

Służba zdrowia uzyska we własnych obiektach — ośrodkach zdrowia na wsi, około 58 mieszkań. Niemniej władze terenowe muszą w tym przedmiocie poczynić dalsze starania, gdyż w terenie wiejskim województwa potrzeba będzie jeszcze około 100 mieszkań. W miastach koniecznym będzie zapewnienie służbie zdrowia przynajmniej 360 mieszkań (po około 30 mieszkań rocznie). Koniecznym jest także wybudowanie dla służby zdrowia przy szpitalach 60 mieszkań w Płocku i 40 mieszkań w Kutnie, dwóch obiektów hotelowych po 100 pokoi każdy — dla personelu pielęgniarskiego także w Płocku i Kutnie.

Problem mieszkaniowy, jest problemem trudnym, lecz niewątpliwie zasadniczym dla realizacji tej części programu. Potrzebna jest mobilizacja władz terenowych do jego realizacji oraz wytworzenie zrozumienia u ludności, że tego rodzaju posunięcia, dokonywane nawet niekiedy kosztem mieszkańców, są konieczne dla zapewnienia wojewódzkiej wysokokwalifikowanej opieki zdrowotnej.

V. OCHRONA ŚRODOWISKA NATURALNEGO I STAN SANITARNY WOJEWÓDZTWA PŁOCKIEGO

1) Stan sanitarny województwa ulega stałej poprawie dzięki sprawnemu nadzorowi zapobiegawczemu, stosowanym działaniom represyjnym i współpracy higienizacyjnej z odpowiednimi pionami odpowiedzialnymi także za stan sanitarny i ochronę środowiska. Stwierdza się poprawę w ocenie obiektów żywieniowo-żywnościowych oraz w zakresie usuwania i unieszkodliwiania nieczystości. W zakładach pracy odnotowano wyraźną poprawę stanu bhp i zaplecza socjalnego. Wyposażenie placówek oświatowo-wychowawczych jest zróżnicowane — w zdecydowanej większości dostateczne na terenach gmin, często wzorcowe w placówkach miejskich. W chorobach zakaźnych, poza wirusowym zapaleniem wątroby, stwierdza się spadek liczby zachorowań. W zakresie higieny komunalnej nadal poważnym problemem jest

zaopatrzenie ludności w dobrą wodę do picia i potrzeb gospodarczych. Badania powietrza atmosferycznego na terenie województwa na zawartość opadów pyłu dwutlenku siarki i tlenku azotu wykazują przekroczenie norm jedynie na terenie Płocka.

2) Zamierzenia i formy działalności zmierzające do poprawy obecnego stanu.

a) usprawnianie obecnego stanu środowiska naturalnego, szczególnie w zakresie: wody, gleby, powietrza — odbywać się będzie w rozmiarach i sposobami określonymi przez „Program ochrony środowiska naturalnego w województwie płockim do 1990 roku" uchwalony na sesji WRN w czerwcu 1977 roku.

b) nadzór na warunkami środowiska i higieny pracy. Wzmożony będzie nadzór nad ochroną zdrowotną załóg robotniczych w przemyśle, budownictwie, transporcie, rolnictwie i leśnictwie poprzez zwiększenie badań środowiskowych na stanowiskach pracy. Prowadzone będzie współdziałanie ze służbami technicznymi, inspekcją pracy i przemysłową służbą zdrowia w zakresie zapobiegania zatruciom i chorobom zawodowym.

c) nadzór nad zakładami nauczania i wychowania. Poprawa warunków sanitarnych i środowiskowych zakładów nauczania i wychowania nastąpi poprzez eliminowanie ze środowiska szkolnego czynników szkodliwych, wpływających ujemnie na stan zdrowia uczniów. Propagowane będzie racjonalne żywienie oraz kształtowanie postaw i nawyków higienicznych wśród dzieci i młodzieży o oparciu o współpracę z resortem oświaty i wychowania, przy czynnym współudziale służby zdrowia.

d) nadzór nad warunkami sanitarnymi przy produkcji, obrocie, transporcie i przechowywaniu środków spożywczych, prowadzony będzie poprzez egzekwowanie uchwały Rady Ministrów nr 152 z dnia 21.07.1971 r. w sprawie kontroli zdrowotnej środków spożywczych oraz przestrzegania higieny w zakładach produkujących i wprowadzających te środki do obrotu.

e) poprawa sytuacji epidemiologicznej w zakresie zwalczania chorób zakaźnych nastąpi poprzez ścisłą realizację resortowego programu dotyczącego zwalczania wirusowego zapalenia wątroby, prowadzenia szczepień ochronnych wśród populacji dzieci, młodzieży i dorosłych. Roztaczany będzie nadal stały nadzór nad nosicielami duru brzusznego, paraduru i czerwonki. W oddziałach szpitalnych kontynuowany będzie nadzór nad zachowaniem właściwego reżimu sanitarnego celem zapobiegania możliwościom powstawania zakażeń wewnątrzoddziałowych.

f) doskonalenie pracy oświatowo-zdrowotnej przyczyni się do poprawy stanu kultury zdrowotnej ludności. W oparciu o instytucje oświatowo-wychowawcze, kulturalne, handlowe, gospodarcze, kultury fizycznej i turystyki oraz społeczne i prasę prowadzić się będzie różnorodną działalność oświatowo-zdrowotną, mającą na celu podniesienie stanu zdrowotnego i sanitarnego województwa.

VI. POTRZEBY W ZAKRESIE APARATURY MEDYCZNEJ W LATACH 1978—1990

Niedobory w aparaturze powinny być systematycznie uzupełniane. Planowane do uruchomienia szpitale w Kutnie oraz w Płocku winny otrzymać nowoczesne wyposażenie zgodnie z aktualnym stanem techniki medycznej.

a) aparatura rentgenowska
Zapewnić, aby w każdym szpitalu na terenie naszego województwa był w posiadaniu pełno-profilowy 6-wentylowy aparat rtg typu XD-18 lub „TUR" z torem wizji oraz przynajmniej 2 aparaty typu XD-14.. Ponadto nowo wybudowany szpital w Kutnie i projektowany w Płocku powinny być wyposażone w nowoczesny sprzęt rtg z oprzyrządowaniem do angiografii. Sale operacyjne szpitali w województwie należy wyposażyć w aparaturę rtg do badań śródoperacyjnych. W Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Gostyninie na neurologii należy zainstalować zestaw angiografii mózgowej ze strzykawką automatyczną, a w oddziałach pulmonologicznych i ftyzjatrycznym ZOZ w Gostyninie dwa zestawy 6-wentylowe z torami wizji rtg.
Dla Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej należy zakupić aparat rtg do zdjęć ortopantomograficznych firmy „Siemens" lub innej.

b) aparatura laboratoryjna
Niezbędne jest uzupełnienie aparatury laboratoryjnej takimi urządzeniami jak:
— aparaturą do badań izotopowych dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego,
— witatronem dla ZOZ w Kutnie w 1980 roku,
— mikroskopami MB-30 6 szt. (dla wszystkich ZOZ),
— analizatorami radioimmunologicznymi dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego,
— aparatem do elektroforezy mikrozomalnej dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego,
— podstawowym sprzętem diagnostycznym dla jednostek opieki otwartej,
— aparaturą do badań gazometrycznych i ultrawirówką preparatywną do badania lipidów dla Zakładu Diagnostyki Woj. Szpitala Zespolonego.

c) aparaturę do ekg i monitorowania chorych
Należy wyposażyć nowowybudowany szpital w Kutnie w kompletny zestaw monitorowania i reanimacji chorych. Dla wszystkich szpitali tutejszego województwa należy zakupić wózki do reanimacji. Dla Woj. Szpitala Zespolonego — Oddział Kardiologii 6-kanałowy minograf i ultrasonograf. Systematycznej wymiany będą wymagały posiadane przez tutejsze placówki służby zdrowia przestarzałe aparaty ekg.

d) wyposażenie pracowni eeg i echoencefaloskopii
Wszystkie szpitale tutejszego województwa należy wyposażyć do 1980 roku w aparaty do echoencefaloskopii.

e) pracownie histopatologiczne
We wszystkich szpitalach województwa

f) aparatura anestezjologiczna
Należy zakupić aparaty do narkozy typu „Polsen" lub „Chirana" z uwagi na duże zużycie obecnie eksploatowanych. Zaopatrzyć wszystkie szpitale w respiratory typu „Relog" lub „Asistor". Dla sal operacyjnych każdego szpitala potrzebne są monitory anestezjologiczne

g) aparatura sterylizacyjna
Konieczne jest zapewnienie sześciu szt. autoklawów typu AUT-39 dla nowobudowanego szpitala w Kutnie i projektowanego w Płocku. Należy uzupełnić zaopatrzenie szpitali w destylatory PRI-38 — dla każdego szpitala po 2 egz. i wymieniać sukcesywnie zużyte autoklawy na nowe

h) wyposażenie traktów porodowych i punktów reanimacji noworodka
— wymagane są monitory ultradźwiękowe i kardiotokografy (dla każdego szpitala po 2 szt.),
— aparaty do badania wewnątrzmacicznego ekg płodu po 1 szt. dla każdego szpitala,
— zestawy do amnioskopii i respiratory typu „Losco" lub „Relog" po 1 szt. dla każdego szpitala.

i) pozostała aparatura medyczna do uzupełnienia
— sztuczna nerka dla Woj. Szpitala Zespolonego w 1979 r.,
— cystoskopy firmy „Horz" dla Woj. Szpitala Zespolonego,
— wyposażenie punktów krwiodawstwa,
— zestawy stomatologiczne typu „UNIT" — 8 szt.
— przystawki stomatologiczne turbinowe „UNIT" — 15 szt.,
— przyrząd do zdejmowania kamienia zębowego (ultrastom) — 3 szt.

Zakłada się, że każdego roku dla potrzeb tutejszej służby zdrowia zakupiony będzie 1 egz. urządzenia laboratoryjnego lub innej aparatury medycznej o wysokiej wartości diagnostycznej. Do chwili obecnej średnio w skali roku na aparaturę diagnostyczną i sprzęt medyczny wydatkuje się sumę około 20 mln zł.

VII. ZAMIERZENIA ZDROWOTNE I ORGANIZACYJNE

1) W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
Położony zostanie nacisk na wszechstronny rozwój podstawowej opieki zdrowotnej ze zwróceniem uwagi na polepszenie jakości, kultury świadczeń, dostępności, kompleksowości i ciągłości opieki. Zmniejszeniu ulegnie

wielkość rejonów lekarskich ogólnych do ustalonych norm w miastach od 3 do 4 tys. ludności, a na wsi od 3 do 5 tys. ludności. Liczba dzieci i młodzieży przypadająca na 1 pediatrę będzie ulegała także stopniowemu zmniejszaniu, by w 1990 roku osiągnąć 1000 podopiecznych na lekarza. W opiece stomatologicznej będzie się zmierzać do zabezpieczenia tylu lekarzy, aby 1 stomatolog przypadał na 1 rejon ogólny, a w zakładach nauczania 1 na 1000 uczniów. W celu poprawy opieki lekarskiej nad kobietą będzie się dążyć, aby 1 ginekolog wypadał na 10 do 12 tys. ludności. Stopniowo będzie się wdrażać model gminnego ośrodka zdrowia zatrudniającego: 1—2 lekarzy ogólnych, pediatrę, ginekologa, stomatologa, położną, pielęgniarkę środowiskową, pracownika socjalnego i odpowiednią ilość innego personelu średniego i pomocniczego w zależności od wielkości rejonu, liczby szkół, dzieci i młodzieży oraz koncentracji zakładów pracy.

Zmierzać się będzie do:
- — dalszego wyrównania istniejących dysproporcji w dostępności świadczeń zdrowotnych między wsią i miastem oraz poszczególnymi zespołami opieki zdrowotnej,
- — dostosowania godzin pracy poradni, ośrodków zdrowia i pracowni diagnostycznych oraz opieki lekarsko-pielęgniarskiej w domu chorego do rzeczywistych potrzeb społecznych,
- — poprawienia ciągłości opieki nad pacjentami,
- — dalszej poprawy wskaźnika wizyt domowych,
- — stworzenia warunków do korzystania ze świadczeń służby zdrowia bez konieczności zwalniania się z pracy osób pracujących,
- — usprawnienia systemu informacji w zakresie miejsca i czasu świadczeń leczniczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych i socjalnych,
- — uczynienia lekarza rejonowego głównym ogniwem opieki lekarskiej poprzez stabilizację i preferację płacową,
- — ukierunkowania działalności lekarza rejonowego na profilaktykę, koordynację poczynań diagnostyczno-terapeutycznych prowadzonych przez lekarzy innych specjalności, przy jednoczesnym odciążeniu go od pracy administracyjnej,
- — szerszego wykorzystania możliwości, jakie daje integracja lecznictwa w udzielaniu świadczeń specjalistycznych, diagnostycznych, a także poprawie opieki środowiskowej nad obłożnie chorym w domu,
- — lepszej synchronizacji pomocy doraźnej z pracą przychodni rejonowych i ośrodków zdrowia,
- — usprawnienia opieki profilaktycznej nad pracownikami rolnymi w oparciu o sporządzone charakterystyki stanowisk pracy w przedsiębiorstwach rolnych i leśnych,
- — doskonalenia jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez wykorzystanie wszystkich dostępnych środków oddziaływania, a przede wszystkim nadzoru ordynatorskiego i specjalistycznego,
- — rozszerzenia profilaktyki próchnicy zębów przez fluorkowanie wody i stosowanie zapobiegawcze fluoru w tabletkach i pastach,
- — zwalczania wad zgryzu przez poprawę profilaktyki ortodontycznej,
- — doprowadzenia we wszystkich placówkach opieki stomatologicznej podstawowej do pełnej integracji lecznictwa protetycznego,
- — zmiany struktury zabiegu przez obniżanie ekstrakcji zębów,
- — zlikwidowania nadmiernego czasu wyczekiwania na protezy zębowe oraz rozszerzenia zakresu świadczeń przez poradnie protetyczne.

2. W zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej .
Stacjonarną opiekę specjalistyczną w województwie sprawuje: 5 szpitali w ZOZ-ach, Szpital Psychiatryczny, Szpital Wojewódzki i Oddział Szpitalny Zespołu Przemysłowego w Płocku o łącznej ilości — 3 494 łóżek. Wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności w poszczególnych dyscyplinach przedstawia się następująco:
- — w internie wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności wynosi 9,1 łóżka, winno być 13,1,
- — w ginekologii i położnictwie jest 7,7 winno być 11,0,
- — w chirurgii wynosi 9,2 winno być 12,5,
- — w laryngologii jest 0,5 winno być 2,2,
- — w okulistyce jest 0,7 winno być 2,2,
- — w dermatologii wynosi 0,9 winno być 2,5,
- — w psychiatrii wynosi 13,8 winno być 25,0.

Niedobory w ilości łóżek szpitalnych wyrównywane będą poprzez wybudowanie nowych szpitali i tworzenie oddziałów w dyscyplinach klinicznych o niedostatecznej obecnie ilości łóżek. Utworzy się także zupełnie nowe oddziały: geriatrii w Płocku, neurochirurgii w Kutnie oraz rehabilitacji kardiologicznej i ruchowej w Gostyninie. W ścisłej łączności z oddziałami szpitalnymi pracują i pracować będą poradnie specjalistyczne nadzorowane przez ordynatorów, które poprzez wzrost kadry fachowej i lepsze wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną rozszerzą zakres świadczonych usług leczniczych.

3. W zakresie poszczególnych specjalności.
- — w dyscyplinach klinicznych, takich jak: laryngologia, okulistyka, dermatologia, interna, psychiatria, neurologia, stomatologia, reumatologia, ginekologia — powiększy się ilość czasu pracy lekarzy przeznaczonego na opiekę zdrowotną nad chorymi oraz zwiększy się ilość stanowisk pracy w poszczególnych specjalnościach.
- — W chirurgii zwiększy się ilość łóżek ortopedycznych i przeznaczonych na leczenie urazów.
- — Rozwijać się będzie chirurgię onkologiczną, naczyń krwionośnych, związaną z chirurgią anestezjologię i neurochirurgię.
- — Powstanie oddział szpitalny dla leczenia nerwic. Rozwinie się działalność psychiatrii dziecięcej. Tworzyć się będzie oddziały dzienne i hospitalizacji domowej w psychiatrii. Intensywnie prowadzić się będzie leczenie odwykowe.
- — Wzrost zachorowań na choroby układu krążenia wymaga zorganizowania planowego przeciwdziałania. W związku z tym tworzyć się będzie nowe poradnie kardiologiczne, zwiększy się ilość łóżek dla chorych na serce, powstanie oddział rehabilitacji kardiologicznej, rozwinie się działalność chirurgii naczyń krwionośnych, prowadzić się będzie szeroką działalność zapobiegawczą i masowe badania profilaktyczne.
- — Wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz ich specyfika i przebieg, zmuszają służbę zdrowia do planowego działania. Organizuje się wojewódzką przychodnię onkologiczną i odpowiednie stanowiska specjalistów w ZOZ-ach. Rozwija się chirurgię onkologiczną, organizuje badania profilaktyczne, pozwalające na wczesne wykrywanie schorzeń, rozwija się działalność diagnostyczną w tym zakresie oraz badania naukowe w środowisku.
- — Usprawniać się będzie działalność pomocy doraźnej oraz przekształcać stopniowo metody jej dotychczasowego działania. Winna ona pełnić przede wszystkim swą podstawową funkcję, odchodząc od dotychczasowej działalności przewozowej i leczniczej w zastępstwie opieki zdrowotnej podstawowej.
Dążyć się będzie w związku z tym do pełnej radiofonizacji ośrodków zdrowia i karetek.

4. W zakresie opieki nad matką i dzieckiem.
- — Sporządzać się będzie bilanse zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej w poszczególnych rocznikach wiekowych z wyłanianiem grup dyspanseryjnych.
- — Prowadzić się będzie stałe monitorowanie dzieci z tak zwanego ryzyka okołoporodowego.
- — Obejmie się wizytami domowymi maksymalną liczbę dzieci chorych.
- — Obejmie się wizytami patronażowymi wszystkie niemowlęta.
- — Zapewni się właściwą opiekę wcześniakom.
- — Prowadzić się będzie planową opiekę stomatologiczną.
- — Zwiększy się ilość łóżek dziecięcych w szpitalach.
- — Rozwijać się będzie szeroko pojętą działalność profilaktyczną.

Wymienione postępowanie winno przyczynić się do obniżenia wskaźnika umieralności niemowląt, obniżenia zachorowalności na krzywicę, choroby zakaźne, choroby szerzące się drogą pokarmową, próchnicę zębów, schorzenia reumatoidalne.

Przyniesie to poprawę rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży.

Zintensyfikuje się opiekę zdrowotną, rozszerzy działalność zapobiegawczo-leczniczą i rehabilitacyjną nad kobietami, specjalną troską otoczy się kobiety ciężarne.

Propagować się będzie poradnictwo rodzinne i przedmałżeńskie.

Zwiększy się opiekę ginekologiczną — rozwinie badania cytologiczne.

Umasowi się profilaktykę chorób nowotworowych narządu rodnego i gruczołu mlekowego.

Zwiększy się ilość poradni dla kobiet, dla kobiet ciężarnych i łóżek dla patologii ciąży.

W zakresie opieki zdrowotnej nad załogami zakładów przemysłowych prowadzić się będzie ocenę środowisk pracy, łącznie z oznaczeniem stężeń i natężeń czynników szkodliwych.

Zwiększy się częstotliwość badań w stosunku do osób zatrudnionych na stanowiskach pracy pozostających pod działaniem czynników szkodliwych i uciążliwych.

Rozwinie się działalność profilaktyczną, diagnostyczną i rehabilitacyjną w tym zakresie.

Dążyć się będzie do zmniejszenia wskaźnika absencji chorobowej przez analizowanie stanu zdrowia załóg i podejmowanie konkretnych działań organizacyjnych, profilaktycznych i terapeutycznych.

Zwiększać się będzie ilość miejsc pracy chronionej.

Pogłębiać się będzie współdziałanie służby zdrowia z zakładami pracy.

Zorganizuje się ośrodki rehabilitacji zawodowej w Płocku i Kutnie.

*

* *

Przedłożony Program jest napięty i trudny do wykonania. Realizacja jego wymagać będzie pełnej mobilizacji służby zdrowia, instytucji współdziałających i władz terenowych.

Konieczny będzie właściwy klimat dla zamierzonej działalności, zrozumienie i poparcie ze strony społeczeństwa województwa oraz pomoc resortu zdrowia.

Realizacja programu zapewni wymagany poziom opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla ludności oraz przyczyni się do ukształtowania prawidłowego stanu zdrowotnego i sanitarnego województwa.

Poz. 32

UCHWAŁA Nr XVI/58/78 WOJEWÓDZKIEJ RADY NARODOWEJ W PŁOCKU

z dnia 26 października 1978 r.

w sprawie zmiany w składzie Wojewódzkiej Komisji Odznaczeń Państwowych.

Na podstawie rozdz. 4 § 15 ust. 1 pkt. 2 uchwały Rady Państwa z dnia 6 stycznia 1977 r. w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu nadania orderów i odznaczeń (M.P. Nr 2, poz. 12) — WOJEWÓDZKA RADA NARODOWA uchwala, co następuje:

§ 1

Odwułuje się ze Składu Wojewódzkiej Komisji Odznaczeń Państwowych Obywatela Stanisława JANIAKA, dotychczasowego Sekretarza WK ZSL, z uwagi na jego przejście do pracy w Rejonowym Przedsiębiorstwie Melioracyjnym.

§ 2

Powołuje się do składu WOJEWÓDZKIEJ KOMISJI ODZNACZEŃ PAŃSTWOWYCH Obywatela Jerzego FAJKOWKIEGO Sekretarza Wojewódzkiego Komitetu Zjednoczenia Stronnictwa Ludowego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i podlega opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Wojewódzkiej Rady Narodowej w Płocku.

PRZEWODNICZĄCY
WOJEWÓDZKIEJ RADY NARODOWEJ
(—) Kazimierz Janiak

Dziennik Urzędowy redaguje Zespół Redakcyjny — adres: Urząd Wojewódzki Biuro Organizacyjno-Prawne i Kadr, ul Kolegialna 15, 09-402 Płock.
Administracja: Urząd Wojewódzki Wydział Budżetowo-Gospodarczy, ul. Kolegialna 15, 09-402 Płock, tel. 229-25, konto nr 61001-840-225 NBP O. Płock.

Reklamacje z powodu niedoręczenia poszczególnych numerów Dziennika należy wnosić do administracji w terminie 15 dni po otrzymaniu następnego numeru.

Prenumerata wynosi:
a) roczna ze skorowidzem — 18 zł;
b) półroczna bez skorowidzu — 10 zł.
Rachunków za prenumeratę nie wystawia się.

Odbiorca:

opłata pocztowa zryczałtowana

WDA Druk. w Płocku 14-2711-2-31/35/39-2591 500 egz. f. A4

Cena zł 3,00